

Formulario de elección del plan de salud

California Department of
Health Care Services
P.O. Box 989009
W. Sacramento, CA 95798-9850



Para recibir ayuda gratis para completar este formulario, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272.

PASO 1: Bríndenos su información:

Primer nombre, Apellido

Número de seguro social

Dirección, Ciudad

Código postal

Fecha de nacimiento

(____) _____ Sexo: Hombre Mujer
(Código de área) Número de teléfono

Si está embarazada, la
fecha de parto prevista

mes día año

PASO 2: Seleccione la forma en la que desea su atención:

OPCIÓN A

Combinar mis beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan.

Seleccione uno de estos Planes de Cal MediConnect:

- 814 Anthem Blue Cross
- 815 Santa Clara Family Health

O

OPCIÓN B

Quedarme con mi Medicare como está ahora Y elegir un plan de Medi-Cal.

Seleccione uno de estos Planes de Medi-Cal para recibir sus beneficios de Medi-Cal:

- 309 Santa Clara Family H.P.
Plan Partners
 KA KP Cal, LLC
- 345 Anthem Blue Cross Partnrshp

Opción de Plan de Salud Adicional - Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Si tiene 55 años o más y necesita un nivel de atención más alto para vivir en su hogar, usted podría inscribirse en PACE. PACE proporciona todos los beneficios de Medicare y Medi-Cal además de servicios adicionales para ayudar a las personas mayores con enfermedades crónicas que viven en su hogar. Para más información y para determinar si usted vive en un área atendida por PACE, visite: www.calpace.org.

PASO 3: Antes de firmar, lea la información importante que aparece en el reverso. Entiendo que al llenar y firmar este formulario, estoy eligiendo la forma en que recibo mi atención de la salud.

Firma del beneficiario

Fecha

O

Firma del representante autorizado (si lo tuviera) Fecha



Highly Confidential

SC_0004100_SPA1_1115

Formulario de Elección del Plan de Salud

California Department of
Health Care Services
P.O. Box 989009
W. Sacramento, CA 95798-9850



Lea esta información importante antes de firmar el formulario.

Si me inscribo en Medi-Cal KP Cal, LLC (Kaiser Permanente):

Entiendo que para Kaiser el arbitraje vinculante es obligatorio para mis beneficios de Medi-Cal. Esto significa que renuncio a mi derecho a tener un juicio ante jurado o en un tribunal a causa de negligencia médica y otros conflictos relacionados con los beneficios y servicios. En su lugar, me gustaría ayudar a elegir profesionales independientes que tomarían una decisión sobre el asunto problemático. Puedo además pedir una audiencia estatal de Medi-Cal.

Al completar esta solicitud de inscripción para un plan de Cal MediConnect o al permitir que el Estado me inscriba en un plan de Cal MediConnect, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Los planes de Cal MediConnect son planes de Medicare-Medicaid que tienen un contrato con el State of California y el gobierno Federal. Tendré que mantener las Partes A y B de Medicare y Medi-Cal. Puedo estar solamente en un plan de Medicare a la vez y entiendo que mi inscripción en el plan seleccionado cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados de Medicare.

Entiendo que los medicamentos recetados están cubiertos, pero no siempre son los mismos que ya estoy tomando. Entiendo que podré recibir al menos un suministro de 30 días de los medicamentos recetados que tomo actualmente en cualquier momento durante los primeros 90 días de la cobertura en un Plan de Cal MediConnect. Entiendo que podría continuar viendo a los doctores que veo ahora durante un período de hasta seis (6) meses para los servicios de Medicare y por hasta doce (12) meses para los servicios de Medi-Cal a partir de la fecha de vigencia de la inscripción en un Plan de Cal MediConnect. Debo comunicarme con el Plan de Cal MediConnect para más información sobre cómo hacer esto. Entiendo, además, que un Plan de Cal MediConnect tiene proveedores y farmacias que debo utilizar para recibir los servicios de atención de la salud, excepto en los casos de emergencia que no son habituales.

Los planes de Cal MediConnect atienden en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área cubierta por el plan

elegido, necesito notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza mi cobertura de Cal MediConnect, debo recibir toda mi atención de la salud por parte de mi nuevo plan, excepto en caso de necesitar servicios de emergencia o de urgencia o cuando esté recibiendo servicios de diálisis fuera del área de atención. Los servicios cubiertos son aquellos autorizados por mi plan de Cal MediConnect y los demás servicios que se incluyen en el documento de Evidencia de la Cobertura de mi plan. Si no existe autorización, NI Medicare o Medi-Cal NI mi plan de Cal MediConnect PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de Medicare y Medicaid, reconozco que el plan que he seleccionado divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando esto sea necesario para las actividades de tratamiento, pagos y atención de la salud. También reconozco que mi plan de Cal MediConnect divulgará mi información, incluyendo los datos de mis medicamentos recetados, a Medicare, y este a su vez puede divulgarla con fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y regulaciones federales. Según mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre de conformidad con las leyes de California y que aparece en esta solicitud) significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si ha sido firmada por una persona autorizada, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación que demuestra dicha autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Declaración de Privacidad

El Department of Health Care Services conservará la información que usted proporciona. Esta se utiliza únicamente para inscribir o cancelar la inscripción de las personas que son elegibles para recibir atención administrada de Medi-Cal. Las leyes que así lo permiten están contenidas en el Welfare and Institutions Code, Section 10416.5, 14016.6, 14087.305, 14087.31, 14087.35, 14087.36, 14087.38, 14087.96, 14088, 14089, 14089.5, and 14631, y California Code of Regulations, Section 51085.5.

Solo las demás agencias gubernamentales que se relacionan con el programa de Medi-Cal pueden ver la información que usted brinde. Sin embargo, no puede ser vista ninguna información que esté siendo usada en una investigación o juicio. Si desea ver su expediente de Medi-Cal, comuníquese con el Department of Health Care Services usando la dirección que aparece en el otro lado de este formulario.